SUR QUELQUES OBSERVATIONS

DE

Fistules juxta-uréthrales congénitales

SUR QUELQUES OBSERVATIONS

DE

Fistules juxta-uréthrales congénitales

Communication au XVIIe Congrès International de Médecine, Londres 6-12 Août 1913, Section I. (Anatomie et Embryologie)

PAR

J. A. PIRES DE LIMA

Professeur d'Anatomie Topographique à la Faculté de Médecine de Pôrto — Portugal

PÔRTO

Tip. da "Enciclopédia Portuguesa"

Rua Cândido dos Reis, 47 a 49

1913

Observation I

Au mois d'Avril 1912 j'ai observé mon premier cas: A. M., étudiant en médecine, né à Lisbonne, âgé de 20 ans, avait deux orifices à l'extremité distale de son gland. Il supposait, avant ses études d'anatomie, que tous les sujets masculins avaient deux conduits dans leurs pénis, l'un pour l'urine, l'autre pour éjaculer le sperme.

Il avait une blénnorrhagie depuis un an, et le pus sortait notamment par l'orifice inférieur, le supérieur suintant pourtant quelquefois. Quand il eut traité sa blénnorrhagie par des injéctions antiséptiques, il constata que les deux conduits étaient tout à fait indépendants.

Il observa en outre que l'urine sortait seulement par l'inférieur.

Les deux orifices étaient séparés par une cloison épaisse de deux millimètres (Fig. I).

En écartant les lèvres de l'orifice inférieur, cet orifice prenait la forme d'un triangle, dont la base était tournée en haut. La base de ce triangle était de 3 millimètres et la hauteur de 2 millimètres. Au-dessous il y avait un frein très épais attaché, d'autre part, au raphé médian, qui était très marqué, surtout à la partie antérieure du pénis. Le conduit inférieur était le véritable urèthre, où l'on pouvait introduire, avec difficulté, une sonde N.° 11.

Sur le vrai méat, et après la cloison épaisse de 2 millimètres que j'ai citée, on voyait, comme je l'ai dit plus haut, un autre orifice, plus grand que le premier et qui avait la forme d'un méat urinaire normal. C'était un cul-de-sac borgne externe, long de 5 millimètres et ayant la profondeur de 7 millimètres. On pouvait y introduire une sonde N.° 12.



Fig. I

A. M. n'a pas d'autres anomalies apparentes et il ne connait pas dans sa famille des cas de malformations.

Depuis peu de temps, A. M. a constaté que l'urine lui sort aussi par la fistule. Le 23 Mai 1913 je l'ai observé à l'uréthrocystoscope de vision directe de Valentine-Luys. Cet appareil ne pouvant pas être introduit par l'urèthre, on l'a mis dans le diverticule, ce qui a permis de voir la communication qui existe maintenant entre les deux conduits.

Observation II

Le 9 Mai 1912 j'ai pu observer mon second cas. A. A. C. G., âgé de 21 ans, étudiant en médecine, né á Pôrto, m'a dit qu'il avait, depuis sa naissance, deux orifices à son gland. Avant ses études d'anatomie, il supposait normale cette disposition.



Fig. II

Il avait eu une blénnorrhagie, en observant alors que l'orifice inférieur seulement suppurait; il lui semblait au contraire que l'urine sortait par les deux.

Il n'a pas d'autres anomalies, et il ne connait pas de malformations dans sa famille, où il y a beaucoup de névropathes. Sa grand-mère est morte aliénée, âgée de 50 ans environ; sa mère et sa sœur sont très nerveuses, et il a éu une autre sœur qui s'est suicidée, âgée de 18 ans, en avalant de l'acide phénique.

Quand on observe son gland, il semble qu'il y a seulement un méat, long d'un centimètre.

En écartant, pourtant, les lèvres, on voit qu'il y a deux orifices (Fig. II), séparés par une cloison très mince. Le supérieur est rond, infundibuliforme, et représente l'ouverture d'un canal très fin, profond de 8 millimètres. L'inférieur est ovalaire, de grand axe transverse. C'est le méat, où l'on peut introduire une sonde N.° 12.

En injectant un liquide coloré, et en introduisant une bougie, je n'ai pas pu vérifier avec certitude si les deux conduits communiquaient, mais il m'a semblé qu'ils étaient indépendants.

Le 23 Mai 1913, en praticant l'uréthroscopie, j'ai noté à la face supérieure de la fosse naviculaire une large dépression circulaire qui paraissait ne pas communiquer avec le diverticule.

Observation III

J. A. M., âge de 27 ans, étudiant en médecine, né à Vila do Conde, après avoir lu une note que j'ai publiée sur fistules para-uréthrales [1] a vérifié que lui même avait aussi cette anomalie.

Comme à l'observation antérieure, son gland présentait une fente qui semblait un méat urinaire normal. En écartant les bords de cette fente, qui était longue d'un centimètre (Fig. III), on voyait deux orifices au gland. Le supérieur était rond, large de 2 millimètres; c'était une fistule infundibiliforme, très étroite, profonde de 5 millimètres et séparée du méat par une cloison épaisse d'un millimètre.

Le vrai méat était large de 5 millimètres.

En introduisant une bougie à l'orifice supérieur, on voyait que la fistule finissait en cul-de-sac. Du reste, l'urine sortait seulement par l'orifice inférieur.

J. A. M. a eu une blénnorrhagie très opiniâtre et un chancre induré phagédénique qui a détruit le



Fig. III

frein de son prépuce, en laissant une large cicatrice dans son gland.

Il n'a pas d'autres anomalies visibles et il ne connait pas de malformations dans sa famille.

L'uréthroscopie, pratiquée le 23 Mai 1913, n'a montré nul vestige de communication avec la fistule.

*
* *

Outre ces observations personnelles, j'ai eu connaissance des cas portugais suivants, inédits:

M. Américo Pires de Lima, médecin de l'armée, a observé durant l'été de 1912, dans la Province de Beira Alta, trois cas de fistules juxta-uréthrales congénitales, sur des conscrits. L'un, né à Lamego, avait une fistule borgne externe, profonde d'environ un demi-centimètre au dessus du méat urinaire. Il n'y avait, ni chez lui ni dans sa famille, d'autres anomalies.

Ce même médecin a enregistré les autres cas à Sernancelhe. L'un était semblable à l'antérieur et l'autre était compliqué d'hypospadias balanique.

Le médecin militaire M. José Fernandes m'a communiqué qu'aux inspections faites dans les Provinces de Alentejo et Algarve, pendant sept ans, on a examiné environ 9.900 conscrits, parmi lesquels on a vu un seul cas d'épispadias et deux d'hypospadias. Il a paru que l'un de ceux-ci aurait aussi une fistule congénitale au gland.

M. Gomes da Costa, venériologiste de Pôrto, a dit, dans une séance scientifique de l'*Associação dos Médicos do Norte de Portugal*, qu'il avait vu quelques cas de fistules congénitales du pénis; il a opéré un sujet qui avait des fistules multiples.

M. Carlos Fortes, Assistant de la Faculté de Médecine de Pôrto, à qui je dois les uréthroscopies de mes observations, m'a dit qu'il avait déjà vu des cas semblables.

*

*   *

Voici les références que j'ai pu voir dans la littérature médicale:

Vésale ([2]) parle d'un étudiant en droit qui avait un double méat. D'après lui, par un des orifices sortait l'urine et par l'autre le sperme.

Haller ([3]) cite des glands avec deux ou trois orifices.

Marchal (de Calvi) ([4]) a communiqué à l'Académie de Médecine de Paris trois cas de malformations à peu près semblables aux miens. L'un des sujets avait une blénnorrhagie et les conduits suppuraient tous deux. Le traitement interne par les balsamiques et les injéctions ont guéri l'uréthrite, mais non l'infection du canal surnuméraire.

Vidal (de Cassis) ([5]) a observé un gland avec trois orifices, l'un près du frein, et les autres, très étroits, au dessus de celui-ci.

Woods ([6]) a décrit un cas presque semblable aux miens: son sujet avait au gland deux orifices, infectés tous deux par la blénnorrhagie. Il avait aussi la cryptorchidie. Le malade supposait que les orifices étaient adaptés l'un à l'émission de l'urine et l'autre à celle du sperme. Woods ne croyait pourtant à l'exactitude de cette idée.

Le médecin militaire français René le Fort ([7]) a fait une étude très complète des anomalies du pénis, basée sur l'examen de dix mille sujets.

Sur une vingtaine, il a rencontré au-dessus du méat une légère dépression, et à quelques uns il a

trouvé un conduit infundibiliforme, profond de 6-8 millimètres.

Toubert (8) a observé un sujet avec deux orifices au gland, séparés par une cloison de 2 millimètres. L'orifice supérieur était l'ouverture d'une fistule profonde d'un centimètre et large de 3 millimètres. Le sujet avait une uréthrite blennorrhagique, mais la fistule ne suppurait pas.

Janet (9) a étudié les variétés de diverticules uréthraux. Il cite, dans son long travail, les dépressions du gland et les fistules borgnes para-uréthrales de longueur variable.

Paschkis (10) mentionne des observations nombreuses sur diverticules para-uréthraux variés, en citant une bibliographie très vaste, surtout allemande.

Dans quelques uns de ses cas, qui ont été observés sur cadavres, Paschkis a fait des études histologiques.

Aievoli & Bonabitacola (11) ont aussi décrit quelques cas de fistules para-uréthrales.

Le Brun (12) a fait la même chose dans sa thèse, où il publie une bibliographie très complète.

En décrivant un long conduit para-urétral, Herman (13) cite les variétés de ces espèces d'anomalies, d'après la classification de Taruffi.

*

* *

Le gland serait seulement, d'après Ruysch, un renflement du corps spongieux de l'uréthre. Cette opinion, émise au XVIII siècle, est encore très suivie aujourd'hui.

Retterer [14], pourtant, qui a publié un memoire notable sur l'embryologie des organes génitaux externes, n'est pas du même avis. D'après les travaux de Retterer, l'origine du gland serait la suivante:

Pendant le troisième mois, l'ectoderme de la face dorsale du tubercule génital prolifère et donne origine à la couronne du gland et au sillon balano-préputial. Ce sillon n'est pas complet et à la face inférieure il reste un pli, de nature mésodermique, qui est le frein. On note ce pli aux embryons de plusieurs mammifères, l'homme seul ayant, après sa naissance, un frein du prépuce.

Pendant qu'au corps de la verge a lieu une notable différentiation histologique, le gland a sa constitution définitive depuis le 4.me mois de la vie intra-utérine. Il est formé, d'après Retterer, par la fusion intime des corps caverneux, du corps spongieux et de la peau.

A la face ventrale du tubercule génital paraît une crête qui, en se divisant longitudinalement, donne naissance aux plis génitaux, entre lesquels siège le sillon génital.

La soudure de ces plis se fait ensuite par leurs bords inférieurs, en commençant en arrière. L'urèthre est formé par cette soudure, dont le vestige est le raphé.

Quand les plis génitaux ne se sont pas soudés, on a l'hypospadias.

Au corps de la verge, l'angle supérieur du sillon génital disparaît à la suite de la soudure complète de ses parois latérales. Au gland reste la fente supérieure verticale; l'urèthre balanique a donc la forme d'une fente verticale dans sa partie dorsale et devient large dans sa face ventrale (fosse naviculaire).

Les parois latérales de la partie dorsale de l'urèthre ne se sont soudées complètement, comme il arrive à l'urèthre restante.

Elles s'approchent à la partie postérieure du gland, en se soudant partiellement, et en formant presque toujours un repli valvulaire (valvule de Guérin), qui délimite le sinus de Guérin.

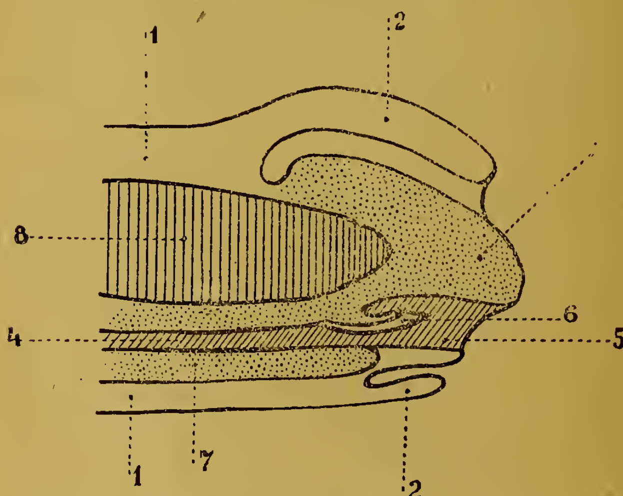


Fig. IV — Coupe sagittale de la partie antérieure du pénis

1, peau de la verge — 2, prépuce — 3, gland — 4, urèthre — 5, méat — 6, valvule de Guérin — 7, corps spongieux — 8, corps caverneux

Le sinus de Guérin est donc la partie dorsale de l'urèthre balanique embryonnaire, isolée de sa partie ventrale par l'adhérence partielle des faces latérales du conduit (Fig. IV).

Si le travail d'adhérence, au lieu de finir en peu de millimètres, se continuait jusqu'à l'extré-

mité libre du gland, on trouverai à celui-ci deux orifices, comme dans mes observations.

D'après ces idées, les fistules juxta-uréthrales congénitales seraient des sinus de Guérin anormaux, et la cloison qui sépare les deux canaux représenterait une valvule de Guérin prolongée jusqu'à l'extrémité distale du gland.

A l'évolution du pénis il y a eu certainement, dans mes cas, une activité prolifère éxagérée, qui a laissé comme vestiges, outre les fistules, l'hypertrophie du raphé et du frein qu'on voit dans ma I Observation.

BIBLIOGRAPHIE

(1) PIRES DE LIMA — Dois casos de fistulas juxta-uretrais congénitas *(Gazeta dos Hospitais do Pôrto*, 1-VI-912).

(2) ANDREÆ VESALII Brvxellensis Scholae medicorum Patauinæ professoris. de Humani corporis fabrica Libri septem. Basileae MDXLIII, p. 529.

(3) ALBERTUS V. HALLER — Elementa physiologiæ corporis humani — Lausanæ, M. DCC. LXXVIII. Tomus septimus, p. 470.

(4) MARCHAL (de Calvi) — *Académie Nationale de Médecine* (Paris) 27 Avril 1852.

(5) VIDAL (de Cassis) — Traité de Pathologie externe et de Médecine opératoire 5.me éd. T. IV, 1860, p. 576.

(6) WOODS — Double urethra *(British Medical Journal*, 1891 t. II p. 644).

(7) R. LE FORT — Anomalies fistuleuses congénitales du pénis *(Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, 1896).

(8) J. TOUBERT — Un cas de fistule juxta-uréthrale d'origine congénitale *(Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, 1899 p. 1288).

(9) JANET — Les repaires microbiens de l'urèthre *(Ann. des Maladies des Organes génito-urinaires* 1901, p. 897).

(10) RUDOLF PASCHKIS — Zur Kenntniss der accessorischen Gänge am Penis. (Sogenannte paraurethrale Gänge) *(Archiv für Dermatologie und Syphilis* LX. Band, 3. Heft Wien und Leipzig 1902).

(11) AIEVOLI & BONABITACOLA — Contribution clinique a l'étude des canaux anormaux de la verge *(Archives Générales de Médecine*, 1905 p. 2177).

(12) LE BRUN — Les uréthres doubles — *Thèse* de Paris 1912.

(13) J. LEON HERMAN — Paraurethræ *(New York Medical Journal*, May 3, 1913).

(14) ÉD. RETTERER — Sur le développement du pénis et du clitoris chez les fœtus humains *(Journ. de l'Anatomie et de la Physiologie* 1892, p. 225).